TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr H. VIOLET



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8
—
1907

TITRES

Externe des Hôpitaux
1895.

Interne des Hôpitaux de Saint-Étienne
1897.

Interne des Hôpitaux de Lyon
1898.

Lauréat des Hôpitaux
Prix Bouchet, 1903.

Membre de la Société des Sciences médicales

Lauréat de la Société des Sciences médicales
Prix Bouchacourt, 1906.

Moniteur de la Clinique gynécologique
1904-1905-1906-1907.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Tête, Cou, Thorax, Membres, Voies urinaires chez l'homme.

1. **Contribution à l'étude de la décortication pulmonaire dans l'empyème chronique.** — Opération de Delorme. (*Thèse de Lyon*, 1903.)

2. **Revue critique.** (In *Arch. gén. de Méd.*, 1903.)

3. **Les données de la radioscopie sur le pronostic et de traitement de l'empyème après pleurotomie.** (*Soc. des Sciences méd.*, 20 décembre 1903 et *Lyon méd.*, 10 janvier 1904.) En collaboration avec M. E. Destot.

Dans cette étude que nous avons abordée comme sujet de thèse, nous rapportons un certain nombre d'expériences cadavériques sur des sujets morts d'empyème chronique, une analyse de 79 observations de décortications pulmonaires, des considérations sur l'indication de cette intervention et sur le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes après pleurotomie.

I. — Il existe des cas où la décortication est impossible, dans lesquels en cherchant à cliver la fausse membrane on déchire fatalement le poumon. Ce sont les cas de pleurésie purulente tuberculeuse avec lésions caverneuses du poumon sous-jacent.

II. — Il existe des cas où la décortication est faisable sur une étendue suffisante et où malgré cela le poumon ne profite point de cette brèche. Ce sont les cas où le poumon sous-jacent est trop sclérosé.

III. — Il existe des cas où la décortication est une opération merveilleuse, idéale, où le poumon fait immédiatement hernie à travers la coque pleurale dilacérée.

L'autopsie de Delorme, les deux de Pascale, celle de Faure et Cestan, quatre des nôtres sont confirmatives de l'intégrité physiologique du poumon sous-jacent. Sous l'influence de l'insufflation trachéale, nous avons vu le poumon reprendre après décortication son expansion alors qu'il était complètement bridé avant le clivage de la coque pleurale.

Sur 79 observations cliniques que nous avons rassemblées, 52 fois le décollement pleural a été possible, 27 fois il a été impossible.

Sur les 52 premiers cas, 47 fois le poumon a pris sa réexpansion, une dizaine de fois elle a été immédiate, 37 fois elle a été tardive.

Comme résultats éloignés, nous avons trouvé sur 79 cas :

38 guérisons.
6 améliorations.
25 insuccès.
9 morts.

Un cas non compté (celui de Faure, hémirésection thoracique).

La mortalité avouée, publiée, était de 11 %.

La possibilité anatomo-pathologique de cette intervention étant reconnue, et, d'autre part, étant donné *a priori* qu'il vaut mieux combler la cavité avec un poumon qu'on remet en valeur qu'avec la paroi thoracique, nous avons cherché à en établir les *indications* et les *contre-indications* de manière à éviter les échecs et surtout les opérations dangereuses.

— Avant nous on disait : En présence d'un empyème chronique, il n'y a qu'une façon de savoir si la décortication est possible, *il faut y aller voir*.

Nous avons cru pouvoir dire : La radioscopie peut nous fournir de très bonnes indications à ce sujet, et en surveillant le malade de temps en temps au radioscope, on arrivera à ne pas laisser *échapper le moment favorable* à cette intervention. Nous avons établi que l'indication type de l'intervention sur la coque pleurale viscérale se trouve dans la coexistence d'une *perméabilité pulmonaire intacte avec une expansion pulmonaire limitée ou nulle.*

La *perméabilité pulmonaire* se révèle par l'éclairage du moignon pulmonaire dans les expirations forcées.

L'*expansion pulmonaire* peut se traduire par le chemin parcouru par le poumon qui, dans une pleurésie récente sans coque pleurale résistante, vient se rapprocher ou toucher dans les efforts de toux, la paroi thoracique.

Cette expansion pulmonaire, fonction de la sclérose périphérique et de la résistance de la membrane pleurale, peut encore s'apprécier en faisant de l'aspiration dans la cavité pleurale à l'aide du siphon de Revillod ou de tout autre appareil aspirateur hermétique introduit par l'ouverture de l'empyème.

Sous l'influence de l'aspiration et du vide relatif qu'on fait dans la cavité, on voit la paroi thoracique s'abaisser, le poumon se soulever, la zone claire de la cavité diminuer puis disparaître.

On peut encore, au radioscope, apprécier l'épaisseur de la coque pleurale viscérale.

A l'aide de ces deux données : *perméabilité du poumon à l'air et expansion pulmonaire*, nous avons pu établir ces trois schémas :

1° Perméabilité pulmonaire +.
Expansion pulmonaire +.

Le pronostic est bon, le *malade guérira* seul, *sans intervention.*

2° Perméabilité pulmonaire +.
Expansion pulmonaire O.

Il y a un obstacle à l'expansion pulmonaire qu'il faut lever. La guérison ne pourra plus être attendue sans intervention. *C'est le cas type de l'indication de la décortication.* Cette intervention ne doit pas être retardée.

3° Perméabilité pulmonaire : O,

Expansion pulmonaire : O.

La décortication est impuissante. La cavité ne se comblera que par effondrement de la paroi.

Entre ces types schématiques existe naturellement des cas intermédiaires dont l'appréciation sera toujours délicate, mais assez facile pour un observateur ayant l'habitude de la radioscopie.

Cette étude nous a mené d'autre part à ces conclusions :

1° C'est que toute pleurésie purulente après pleurotomie doit être suivie au radioscope ;

2° C'est qu'on pourrait éviter bien des interventions chirurgicales (décortication ou thoracoplasties), si la pleurotomie était faite d'une façon suffisamment précoce, on soumettait les malades à une thérapeutique rationnelle de gymnastique pulmonaire associée à de l'aspiration intra-pleurale suivant la méthode de Revillod ou de Perthes ; puis de la gymnastique thoracique.

Par gymnastique pulmonaire, nous comprenons des mouvements d'expiration forcés (toux, efforts fréquemment répétés) ; c'est l'exemple d'enfants prenant la coqueluche au cours d'un empyème fistuleux en traitement et guérissant très rapidement.

La gymnastique thoracique sera instituée dès que les adhérences pleurales seront suffisamment nombreuses, ce qu'indiquera la radioscopie.

Nous avons eu le plaisir de voir ces notions reprises, adoptées et soutenues par notre ami M. Vignard, chirurgien de la Charité, qui vient de publier sur ce sujet une monographie en collaboration avec son interne M. Monod (traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant).

4. **Nouvelle observation de prostatectomie transano-rectale médiane.** (*Prov. Méd.*, 13 avril 1901.)

5. **Prostatectomie transano-rectale médiane.** — Résultats éloignés. Malade opéré depuis 13 mois. (*Soc. des Sciences méd.*, 1902.)

6. **De la prostatectomie par voie perinéale et plus spécialement par voie transano-rectale médiane.** — Procédé de M. Jaboulay, dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. (*Prov. Méd.*, 1er, 8, 15, 22 février, 15 et 29 mars 1902).

Revue générale sur l'état de la question réunissant les 70 premières observations de prostatectomie périnéale et basée en même temps sur 13 observations appartenant à M. Jaboulay. C'était le premier travail d'ensemble paru à Lyon sur le sujet. Justification des exérèses prostatiques partielles, des énucléations sous-capsulaires, d'après l'anatomie pathologique de l'hypertrophie prostatique.

7. **Ostéome du maxillaire supérieur.** — Ablation par le procédé de Rouge. M. Vallas. (*Soc. des Sc. méd.*, 1902.)

8. **Trombo-phlébite des sinus chez un nouveau-né.** — Considérations étiologiques hypothétiques. (*Lyon méd.*, 1902.)

9. **Réduction d'une luxation du coude datant de trois mois.** — M. Jaboulay. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 6 mars 1901.)

10. **Actynomycose cervico-faciale.** — Présentation d'un malade de M. Vallas, avec considérations étiologiques et diagnostiques. (*Soc. des Sc. méd.*, 1902.)

II

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Abdomen, Intestins.

11. **Splénomégalie sans leucémie avec anémie et hématémèses. Splénectomie.** (*Soc. des Sc. méd.*, Lyon, 1903.)

Jeune fille de 19 ans sans antécédents. Pas de leucocytose. Pas de leucocytes anormaux. Pas de modification de la formule leucocitaire. Cirrhose splénique hypermégalique. Belle observation de maladie de Banti. La malade avait très bien supporté sa splénectomie lorsqu'elle mourut au dix-neuvième jour d'infection secondaire.

12. **Lithiase vésiculaire.** — Intervention en pleine colique hépatique. Calculs engagés profondément dans le cystique. Extirpation par expression rétrograde. Cholécystotomie idéale.

J'ai publié cette très intéressante observation de mon maître, M. le professeur Aug. Pollosson, parce qu'on avait eu l'occasion d'intervenir en pleine crise de colique hépatique avec crises douloureuses intermittentes s'accompagnant de distension et de contraction de la vésicule biliaire très nettement perçue à travers la paroi.

A l'intervention, on trouve une vésicule pleine, distendue, du volume d'une banane, libre de toute adhérence péritonéale, en forme de battant de cloche. Taille vésiculaire. Il s'écoule 50 à

60 gr. de liquide muqueux et bilieux. Le doigt introduit dans la vésicule en retire un calcul à facettes du volume d'une noisette. Celui-ci est entièrement libre et n'explique pas la distension vésiculaire. Sur ce, on explore les voies inférieures, le canal cystique. Deux calculs engagés profondément à ce niveau sont ramenés dans la vésicule par un massage rétrograde. Après exploration du reste de l'arbre biliaire, fermeture de la vésicule et de la paroi abdominale sans drainage.

Cette très intéressante observation comportait trois déductions principales :

1° Contrairement à l'opinion de MM. Tripier et Paviot, qui veulent que la colique hépatique ne soit qu'une poussée de péritonite sous-hépatique, cette observation plaide pour la conception mécanique de la colique hépathique;

2° L'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire peut être fonction non seulement d'un calcul à soupape au niveau de l'orifice cystique (Villard et Cotte), mais encore d'un spasme des fibres musculaires sur un calcul engagé dans le canal cystique. Ce spasme a, dans notre observation, cédé à une injection sous-cutanée de morphine;

3° Des déductions au sujet de la thérapeutique chirurgicale dans des cas analogues.

13. **Sténose cicatricielle du pylore.** — Pyloroplastie, Dr Jaboulay. (*Soc. des Sc. méd.*, 1901.)

14. **Volvulus de l'S iliaque.** — Laparatomie. Détorsion. Pexie. Guérison. (*Soc. des Sc. méd.*, 1902, en collaboration avec M. Gayet.)

15. **Occlusion intestinale**, suite éloignée d'une ablation d'annexe par voie vaginale. (*Lyon Méd.*, 1903.)

16. **Les adhérences péritonéales douloureuses.** (*Gaz. des Hôpil.*, 15 avril 1906.)

Il s'agissait d'une jeune femme sans passé pathologique, souffrant de l'abdomen, tout autour de l'ombilic, pendant la marche, pendant la station debout; souffrant surtout pendant les diges-

tions, ayant maigri de 13 kilogrammes en l'espace de huit mois. L'examen somatique ne révélait absolument rien

A la laparotomie : adhérences épiploïques, péri-ombilicales, sur la largeur d'une paume de main; libération de ces adhérences pariétales. Pendant la laparotomie les organes susceptibles d'avoir été le point de départ de ces adhérences sont vérifiés; on ne trouve rien de pathologique. Après l'intervention, les douleurs disparurent; trois mois après, la malade avait réengraissé de 6 kilogrammes. Réinterrogée après l'opération, la malade raconte avoir fait une chute dans une promenade en montagne et avoir roulé sur le ventre, dans une pente très rocailleuse, et avoir été à la suite de cela obligée de garder le lit pendant deux jours.

Il s'agit donc très vraisemblablement d'une adhérence pariétale épiploïque d'origine traumatique.

Suivent quelques considérations sur la cause des douleurs dans les adhérences péritonéales.

17. **Occlusion intestinale aiguë dans une fossette para-duodénale gauche.** — Sous presse. (*Gaz. des Hôpit.*)

Malade opérée d'un néoplasme du col. Au lendemain de l'intervention : anurie, douleurs abdominales. Pouls rapide : 120. Pas de vomissements. Persistance des phénomènes précédents. Après une injection sous-cutanée d'un demi-litre de sérum artificiel, la malade émet un peu d'urine claire, 300 centimètres cubes environ. Mort cinquante heures après l'intervention sans aucune élévation de température, sans vomissements. Il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus.

A l'autopsie : Tout l'intestin grêle était renfermé et étranglé dans une fossette para-duodénale gauche. Pas de péritonite. Pas de ligature ni de section des uretères. Cette occlusion à siège élevé explique l'*anurie*. Il est possible que la position de Trendelenburg ait joué un rôle dans la pénétration de la totalité de l'intestin grêle dans cette fossette.

18. **Cancer du Colon transverse**, survenu dix ans après une hystérectomie vaginale pour cancer du corps utérin. (*In* thèse de Cavaillon, 1905, et *Soc. anatom. de Paris*, 1907.)

L'opération première avait été faite par M. Laroyenne. La pièce n'a pas été conservée et il a été impossible de voir par comparaison des pièces histologiques s'il s'agissait bien du même néoplasme. Cette analogie est quelquefois difficile à affirmer autrement dans des épithéliomas atypiques ou métatypiques. Toutefois, il est permis ici de conclure, après examen histologique, que le néoplasme du colon est bien du type utérin : adénocarcinome du corps.

Cavités irrégulières avec prolongements dendritiques. Épithélium cylindrique à noyau situé à la base ; à cellules beaucoup moins hautes que les cellules intestinales ; sans cellules caliciformes.

L'histoire de ces cancers à distance a été bien étudiée par M. Letulle. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897.)

III

GYNÉCOLOGIE

Tuberculose génitale.

19. **Quelques cas de tuberculose génitale chez la femme.** En collaboration avec M. le Dr Jamin. (*Lyon Méd.*, 1904.)

20. **Tuberculose du col de l'utérus.** En collaboration avec M. le prof. Aug. Pollosson. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, 1906.)

21. **Tuberculose des kystes de l'ovaire.** En collaboration avec M. le prof. Aug. Pollosson. (*Ann. de gynécol.*, 1905.)

22. **La salpingite tuberculeuse.** (*In* thèse de Martin, Lyon 1905.)

23. **Abcès froid tubaire bilatéral.** (*Soc. des Sc. méd.*, février 1907.)

24. **Tuberculose salpingienne,** avec pelvipéritonite fongueuse localisée autour du ligament rond, ayant fusé dans le canal inguinal. (*Soc. des Sc. méd.*, février 1907.)

25. **Tuberculose salpingienne** ouverte dans la vessie. (*Soc. des Sc. méd.*, février 1907.)

26. **Discussion sur la tuberculose génitale** à l'occasion d'une présentation de M. Leriche. (*Soc. des Sc. méd.*, 17 mai 1906.)

Dans la tuberculose génitale, seule, la forme de péritonite tuberculeuse à localisation prédominante au niveau du petit bassin, plus fréquente chez la femme que chez l'homme, est classique depuis les travaux de Brouardel, de Poncet et Pic, de

Bouilly. A côté de cette forme péritonéale il existe des *formes limitées* (muqueuse, interstitielle, péri-salpingienne) qui passent plus facilement inaperçues.

L'anatomie pathologique de la tuberculose génitale a été magistralement étudiée par M. Cornil (1889). Toutefois, à la remarquable étude de Mlle Gorovitz nous avons cru pouvoir ajouter un certain nombre de points.

Ayant eu la bonne fortune de faire, en l'espace de quatre années, la vérification histologique de plus de vingt-cinq cas de tuberculose génitale, dont une quinzaine seulement sont publiés, nous avons essayé d'établir certains points de clinique de manière à pouvoir faire le diagnostic clinique de cette affection. Et ce diagnostic est d'autant plus important que la salpingite tuberculeuse comporte un pronostic et un traitement différent de celui des lésions gonococciennes.

Nous avons montré que la tuberculose génitale *se localise de préférence sur la trompe*. Les replis de la muqueuse tubaire, très vascularisée, offrent avec leur congestion périodique un terrain très propice au développement de la tuberculose.

Lorsqu'elle se localise sur l'*ovaire* c'est au niveau du *corps jaune;* ce qui va avec cette loi de pathologie générale qui veut que toute infection d'origine sanguine frappe dans une région ou dans un organe, la portion la plus vasculaire, physiologiquement la plus active.

L'utérus, l'endomètre, sont en général respectés parce qu'en général aussi la première éruption bacillaire frappant l'arbre génital survient chez les nullipares, chez lesquelles l'utérus n'a point encore atteint un développement parallèle. Sur nos quinze ou seize cas de bacillose annexielle, deux fois seulement l'endomètre était envahi par la tuberculose. Aussi l'utérus est-il petit, sain, alors que dans les infections d'origine ascendante il est gros, lourd, épaissi, métritique.

Si l'utérus est envahi par la tuberculose, c'est dans des infections à forme plus virulente, c'est au moment du post-partum chez des tuberculeuses avérées, ou bien c'est à la fin de l'évolution d'une tuberculose génitale.

Nous avons distingué parmi les formes anatomo-pathologiques :

a) Une forme de pelvi-péritonite ascitique ;

b) Une forme de pelvi-péritonite plastique ;

c) Une forme de pelvi-péritonite suppurée ;

d) Une forme de salpingite nodulaire interstitielle ;

e) Une forme de salpingo-ovarite suppurée, à abcès multiples, avec péri-salpingite ;

f) L'abcès froid tubaire.

Nous avons vu ces abcès évoluer du côté de la vessie, ulcérer la paroi vésicale.

Nous les avons vus fuser le long du ligament rond et venir faire saillie sous l'aponévrose du grand oblique, à l'orifice externe du canal inguinal.

Au point de vue *clinique :*

Il s'agit le plus souvent de femmes de la campagne ; dans la majorité des cas, il s'agit de nullipares. Interrogeant les malades, on retrouve dans leur histoire une péritonite à évolution plus ou moins grave ayant alité la malade pendant plusieurs mois ; quelquefois cette poussée de péritonite de l'adolescence a été assez fruste, et on est obligé d'en faire le diagnostic rétrospectif par un interrogatoire soigneux. Au lendemain du mariage et dès les premiers rapports, ce sont des malades qui ont des réveils de leur infection ancienne, sous l'influence du traumatisme, et qui ont dès lors des poussées à répétition qui forcent un jour l'indication opératoire.

Ici c'est une annexite, une collection rétro-utérine survenant chez une vierge ; on pense à une appendicite pelvienne, c'est bien souvent une salpingite tuberculeuse.

Dans certains cas, par conséquent, les anamnestiques conduisent au diagnostic.

Dans d'autres, c'est le résultat même de l'examen qui va nous permettre d'établir ce diagnostic.

Ici c'est une malade qui n'a pas l'histoire d'une affection ascendante, d'une blennorrhagie, d'une infection post-partum ou post-abortum, qui surtout *n'a point d'écoulement purulent* par l'utérus,

qui ne tache point ses linges, et chez laquelle vous trouvez une masse latéro-utérine qui comporte le diagnostic d'annexite. Aussi, avons-nous écrit dans la thèse de Martin : *Toute annexite qui n'a pas l'histoire d'une annexite c'est de la tuberculose.* Et ceci se comprend très bien à cause de l'intégrité de l'endomètre dans la plupart des cas de tuberculose.

— Chez d'autres malades, *à l'interrogatoire, le début de l'affection est récent,* cette notion résultant naturellement d'un interrogatoire soigneux ; au toucher, il s'agit de masses dures, épaisses, irrégulières, bosselées, peu douloureuses, *on dirait des lésions remontant à une date bien plus ancienne. La discordance entre les données fournies par l'interrogatoire et les lésions locales,* voilà encore un bon indice de lésion tuberculeuse.

— Voici une autre forme où l'utérus est difficile à percevoir, quoique devant être en bonne position d'après la direction du col; le fond utérin est masqué par des adhérences péritonéales, les paramètres sont épaissis et infiltrés, la dureté des masses seules est telle que *le diagnostic hésite entre tumeur et inflammation,* le glissement de la muqueuse vaginale sur ces masses profondes est limité. La blennorrhagie ne donne jamais cet aspect clinique, elle ne s'accompagne pas d'infiltrations massives des ligaments larges. Seules les infections post-puerpérales peuvent donner un ensemble symptomatique plus voisin; mais les anamnestiques feront faire le diagnostic. Dans les infections gonococciennes, dans les infections post-partum arrivées à une phase chronique, les lésions sont plus faciles à sentir, plus nettes, plus faciles à délimiter au palper et toucher combinés. Dans la tuberculose on ne sait où elles commencent ni ne sait où elles finissent. Reclus a dit au sujet de la tuberculose épidydimaire : *Quand on hésite ce n'est pas de la tuberculose.* Nous, nous disons : *En fait de lésions annexielles, quand on hésite c'est de la tuberculose.* De même que dans les formes à péri-salpingite on hésite parce que ce n'est pas assez net, en présence des abcès froids tubaires on hésite encore, parce que c'est trop net, trop régulier, trop arrondi, trop délimitable, et l'on a de la tendance à faire le diagnostic de kyste de l'ovaire.

— Quelquefois ce sont les examens répétés, les traumatismes du palper qui viennent faire apparaître un signe nouveau : la fièvre progressivement ascendante pour une lésion qui était jusque-là complètement apyrétique.

— Ailleurs encore c'est une annexite traitée par colpotomie à une phase aiguë et dont l'écoulement ne tarit plus, malgré un drainage excellent. Sans qu'on puisse sentir de nouveaux foyers, il existe aussi des oscillations thermiques : c'est encore là, très vraisemblablement, de la tuberculose. Elle seule laisse, après ponction, des coques épaisses qui, après ouverture, ne reviennent pas suffisamment sur elles-mêmes. Dans les infections à gonococoque, à streptocoque, c'est le pus qu'il faut évacuer, la poche est d'importance secondaire; *dans la tuberculose, le pus n'est rien, la membrane, le tuberculome est tout;* et la guérison ne surviendra qu'après l'ablation de cette coque formée de tubercules en évolution.

TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

Explication des figures.

Fig. I. — (Verick : obj. 3, oc. 1.)

Le dessin ne représente que la muqueuse tubaire très enflammée.
A. Follicules tuberculeux avec des cellules épithélioïdes au centre.
B. Amas de cellules épithélioïdes.

Fig. II. — (Verick : obj. 3, oc. 1.)

Trompe tuberculeuse.

1. Muqueuse, à villosités complètement abrasées, avec un follicule tuberculeux caséifié au centre.
2. Musculeuse très amincie.
3. Sous-séreuse et séreuse un peu infiltrée d'extravasations sanguines à ce niveau.

Fig. III.

La figure représente toute la hauteur de la trompe.

1. Séreuse épaissie avec un gros nodule tuberculeux contenant plusieurs cellules géantes.
2. Musculeuse enflammée et épaissie.
3. Muqueuse infiltrée dans laquelle les villosités ont complètement disparu.

Fig. IV. — (Verick : obj. 2, oc. 3.)

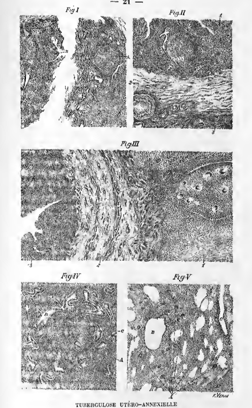
Muqueuse utérine.

A. Quatre follicules tuberculeux confluents, disposés en croix ; dans l'un on voit une cellule géante.
B et C. Glandes utérines repoussées par le développement interglandulaire des follicules.

Fig. V. — (Verick : obj. 3, oc. 0.)

Ovarite tuberculeuse.

A. Cellules géantes.
B. Kystes dont l'épithélium a complètement disparu.
C. Vaisseau.
D. Hémorragie.



TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

(Préparations se rapportant à cinq malades différentes.)

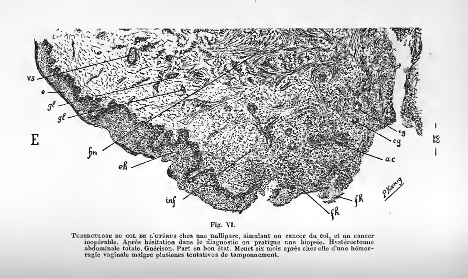


Fig. VI.

Tuberculose du col de l'utérus chez une nullipare, simulant un cancer du col, et un cancer inopérable. Après hésitation dans le diagnostic on pratique une biopsie. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. Part en bon état. Meurt six mois après chez elle d'une hémorragie vaginale malgré plusieurs tentatives de tamponnement.

TUBERCULOSE DES KYSTES DE L'OVAIRE

DEUX OBSERVATIONS



Fig. VII.

Obs. 1. — Paroi du kyste. Les nodules tuberculeux avec cellules géantes sont situés exclusivement dans la couche glandulaire. Il ne s'agit pas d'une tuberculose péritonéale ayant envahi de proche en proche la surface externe du kyste, comme dans certaines observations, mais bien d'une localisation d'emblée dans la couche proligère.



Fig VIII.

Obs. 1. — Partie interne de la paroi kystique. Fort grossissement.

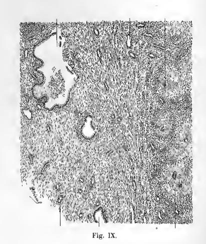


Fig. IX.

Obs. 2. — Végétations extra-kystiques envahies par la tuberculose.

Cancer de l'utérus.

27. **Réflexions sur l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus.** — Réponse à un article de M. Condamin sur l'hystérectomie vaginale. (*Lyon Méd.*, 1er, 8 et 15 janvier 1905.)

28. *In* **Thèse de Bouvier.** (Lyon, 1904.)

29. **De l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus.** (*Arch. gén. de Méd.*, 1905.)

Revue critique plaidant chaudement pour les interventions abdominales larges dans le traitement du cancer de l'utérus. L'énoncé seul des têtes de chapitre donnera une idée de ce travail :

I. Les résultats de l'hystérectomie vaginale.

II. Le chiffre de l'opérabilité et ses coefficients.

III. La question des ligaments larges.

IV. La question des ganglions.

V. Les résultats des interventions abdominales.

VI. Les techniques nouvelles.

VII. Les indications.

Nous arrivions, après étude de ces différents points, aux conclusions suivantes :

1° C'est qu'il fallait être, dans l'intervention abdominale, beaucoup plus préoccupé de l'ablation large du paramètre que de la recherche ganglionnaire ;

2° Que le cancer de l'utérus, en effet, était un cancer à faible retentissement lymphatique ; que d'autre part le curage du bassin avec ablation de tous les ganglions est anatomiquement impossible. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas enlever les ganglions lorsqu'on les aperçoit, mais ce qui contre-indique suffisamment toute recherche systématique des ganglions ;

3° Que pour extirper l'utérus avec son paramètre d'une façon suffisante, il fallait au préalable disséquer et recliner les uretères;

4° Et nous disions que la voie haute ainsi comprise avait sur la voie vaginale les avantages suivants :

a) D'être plus large.

b) Moins dangereuse pour les organes voisins : uretère, vessie, rectum.

c) D'assurer une meilleure asepsie de par ce fait que tout le long de l'intervention, on peut ne jamais être en contact avec la surface ulcérée du néoplasme.

d) De préserver mieux que la voie vaginale du danger de la greffe néoplasique.

e) D'élever le chiffre de l'opérabilité.

30. **Sur un cas de cancer du col utérin** opérable par voie vaginale dont l'inopérabilité est constatée à la laparotomie. En collaboration avec M. Adler. (*Ann. de Gynéc.*, 1905.)

Il existait un noyau de généralisation sous-péritonéal antérieur encore mobile mais infiltrant l'espace de Retzius et qui, cliniquement, avait été diagnostiqué : salpingite concommittante. L'utérus étant mobile, abaissable sur ce noyau de généralisation, on aurait pu songer à faire une hystérectomie vaginale. Ceci se passe de commentaires.

31. **Cancer du vagin à type cylindrique.** En collaboration avec M. le prof. Aug. Pollosson. (*Ann. de Gynéc.*, 1905.)

Ulcération de la paroi antérieure du vagin. Après extirpation, on reconnut qu'on avait affaire à un type anormal d'épithélioma. Au lieu d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés, c'était un épithélioma à type cylindrique avec des formations glandulaires ou pseudo-glandulaires : adéno-carcinome.

L'explication de ce fait, le vagin étant dépourvu de glandes, ne pouvait se trouver que dans l'une de ces trois hypothèses :

1° Un cancer développé aux dépens des glandules aberrantes de la glande de Bartholin;

2° Aux dépens des glandes para-uréthrales dites glandes de Skene;

3° Aux dépens des débris embryonnaires de la fin des canaux de Gartner, qui viennent normalement se terminer dans la paroi antérieure du vagin.

Il était assez difficile de prendre parti entre ces trois hypothèses; l'ulcération répondant à la partie moyenne de l'urèthre, nous nous rattachons plutôt à l'idée du développement de cette tumeur aux dépens des débris gartnériens.



Fig. X.

32. **Cancer de l'utérus avec faible extension locale,** opérable par voie vaginale et ayant déjà envahi les ganglions hypogastriques. (*Soc. des Sc. méd.*, février 1907.)

Cette observation a trait à une malade opérée par notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, par hystérectomie abdominale avec dissection des uretères et ablation des ganglions. Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, nullipare, avec un cancer du col en choux fleur remplissant le vagin. Après raclage des masses néoplasiques, il s'agissait d'une ulcération n'empiétant pas sur les culs-de-sacs, d'un utérus très mobile, abaissable à la vulve, d'un cas tout à fait justiciable d'une hystérectomie

vaginale facile et rapide. Malgré cela, et par principe, notre maître se décida pour une opération large par voie abdominale.

Deux ganglions hypogastriques furent enlevés au cours de l'intervention : l'un du volume d'un haricot de Soissons, l'autre du volume d'un œuf de pigeon.

A l'examen histologique, le petit ganglion était sain, le gros présentait en son centre un gros foyer néoplasique. Le néoplasme présentait lui-même un type de grande malignité.

Cette malade sera intéressante à suivre; il est possible qu'elle soit atteinte de récidive même après cette extirpation ganglionnaire; mais ce qu'il y a de certain, c'est que par une hystérectomie vaginale on lui aurait laissé un foyer néoplasique en évolution.

33. **Cancer du corps de l'utérus au début généralisé aux deux ovaires.**

Il s'agissait d'une malade de 42 ans, opérée par mon maître M. le professeur Aug. Pollosson, présentant une histoire clinique imprécise au point de vue orientation vers un diagnostic. De cette histoire confuse une seule chose passait au premier plan : des douleurs intolérables dans le bassin, survenant par crises, exacerbées par le moindre examen.

A la laparotomie on trouva un utérus augmenté de volume, fibromateux, des ovaires de volume normal mais adhérents, avec à leur surface des végétations friables.

Hystérectomie totale. Castration.

A l'examen des pièces on trouve, après avoir fendu l'utérus : un petit cancer de la paroi postérieure du corps, à surface végétante, large comme une pièce de deux francs. Sur la cavité cervicale une greffe en surface du noyau du corps. Les deux ovaires présentent l'un et l'autre une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes, à parois végétantes, reposant sur une base indurée, véritable nodosité qu'on saisit entre les deux doigts.

A l'examen histologique : adéno-carcinome du corps utérin; noyau de même type au niveau de la cavité cervicale; noyaux de même type au niveau de chaque ovaire.

Cette malade avait une récidive pelvienne quelques mois après.

Il ne s'agit donc pas d'un cancer de l'utérus ayant gagné l'ovaire par extension de proche en proche, mais d'une généralisation qui doit être rattachée à la voie lymphatique ; encore faut-il admettre qu'il s'agit d'une forme à malignité considérable pour s'accompagner d'une extension pareille à une phase si précoce. Ceci cadre avec les idées de mon maître, M. le professeur Tripier. Dans les cancers comme dans les infections, il faut tenir compte de la réaction de défense des tissus ambiants. Si cette réaction de défense manque, c'est une véritable scepticémie cancéreuse. Aussi, dit-il souvent, ce ne sont pas les gros cancers qui sont les plus méchants, mais bien les plus petits. Les gros cancers sont très souvent accompagnés d'une zone de tissu fibreux d'enkystement ; méfiez-vous des petits cancers dans lesquels cette réaction de défense fait absolument défaut.

Kystes dermoïdes de l'ovaire.

34. **Sur l'anatomie pathologique des kystes dermoïdes de l'ovaire.** En collaboration avec M. le prof. Aug. Pollosson. (*Soc. des Sc. méd.*, 3 mai 1905 et *Lyon Méd.*, 18 juin 1905.)

35. **Kyste dermoïde de l'ovaire, contenant du tissu thyroïdien.** En collaboration avec M. le prof. Aug. Pollosson. (*Soc. des Sc. méd.*, 25 octobre 1905).

Nous avons, dans ces deux communications, insisté sur trois points :

1° C'est qu'au cours de l'ablation des petits kystes dermoïdes de l'ovaire on pouvait souvent faire de la chirurgie conservatrice, enlever le kyste en respectant une partie ou la totalité de l'ovaire, comme cela résultait de l'examen macroscopique de quatre de nos pièces ;

2° C'est que dans les kystes dermoïdes d'aspect macroscopique les plus simples, on pouvait déceler très souvent, à un examen soigneux, l'existence de tissus multiples.

C'est ce que nous avons pu faire dans trois de nos pièces.

Dans l'une, c'était un *amas lymphoïde* occupant une étendue de 4 à 5 centimètres carrés avec une épaisseur de 1/2 centimètre.

Dans la deuxième, une saillie du volume d'une cerise, d'aspect vésiculeux rosé, que le microscope vint nous montrer formée uniquement de *tissu thyroïdien.* (V. fig. XI.)

Dans la troisième, une saillie du volume d'une praline à la face interne, partout ailleurs lisse et régulière, d'un kyste dermoïde du volume d'une tête fœtale.

Sur le dos de cette saillie s'implantent des cheveux ; et après avoir bien lavé, bien nettoyé l'intérieur de cette poche on constate que ce n'est que sur cette saillie que prennent naissance en une longue flammèche les cheveux qui restent adhérents à la poche. Cette surface ectodermique n'a que deux à trois centimètres carrés, elle finit en se nivelant pour se continuer avec le reste de la paroi interne du kyste d'aspect lisse et régulier.

Sur la coupe histologique de cette villosité, nous avons trouvé une cavité tapissée par une membrane endothéliale.

Vers le pôle postérieur, cette cavité est pénétrée par une espèce de foliole trilobée ayant un seul pédicule et dont les folioles forment comme des villosités intra-kystiques. Ces villosités sont bordées par la membrane épithéliale de revêtement de la cavité kystique ; il s'agit d'un épithélium cubique régulier, à une seule rangée, avec un noyau assez volumineux situé au milieu de la cellule. Le stroma axial des villosités est formé presque uniquement de capillaires embryonnaires formés par une paroi endothéliale, pelotonnés, coupés suivant les points en long ou en travers.

Quelle est la signification de cette membrane endothéliale avec ses trois villosités à charpente presque uniquement vasculaire ? S'agit-il d'une ébauche pulmonaire ? S'agit-il d'*une arachnoïde* ainsi que le comporterait la conception de Wilms ? D'après la conception de cet auteur la face dorsale de la tubérosité, point d'implantation des cheveux, est le cuir chevelu de l'embryome ; le dessous, le bord libre de la villosité est formé par une surface lisse, c'est une muqueuse à épithelium cylindrique à cils vibra-

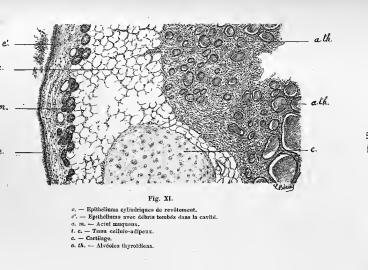


Fig. XI.

e. — Epithéliums cylindriques de revêtement.
e'. — Epithéliums avec débris tombés dans la cavité.
a. m. — Acini muqueux.
t. c. — Tissu cellulo-adipeux.
c. — Cartilage.
a. th. — Alvéoles thyroïdiens.

tiles. Entre les deux, le revêtement ectodermique d'un côté, et le revêtement entodermique, respiratoire, de l'autre, on trouve du système nerveux ou de ses dépendances, de la substance nerveuse tout autour d'un canal central tapissé d'épithélium cylindrique, représentant du canal ependymaire.

Il s'agissait en effet, dans notre cas, d'une pièce absolument analogue à celle que Wilms représente dans son livre et qui se trouve reproduite dans la dernière édition du traité de M. le professeur Pozzi ;

3° Qu'à côté des kystes dermoïdes tapissés uniquement par une paroi cutanée, il en existait qui avaient une paroi tapissée d'epithélium cylindrique et dans lesquels l'élément cutané était la plus petite partie du revêtement interne, difficile à trouver quelquefois ; qu'à côté de la poche dermoïde principale il existait dans l'épaisseur de la paroi de petits kystes séreux ou mucoïdes ; qu'à côté des kystes dermoïdes uniloculaires il existait fréquemment des kystes multiloculaires et que dans ceux là une seule poche était dermoïde, les autres étant séreuses ou mucoïdes ; qu'il n'existait point une différence aussi fondamentale entre les kystes dermoïdes et les autres kystes de l'ovaire ; qu'il fallait, avec M. Bard, rapprocher toutes ces formations : *a*) tumeurs fœtales de l'ectoderme ; kystes dermoïdes ; *b*) tumeurs fœtales de l'endoderme ; kystes mucoïdes, avec, entre ces deux groupements purs ; *c*) des formes plus complexes.

Pour M. Bard, l'histogenèse de toutes ces tumeurs est très simple, ce sont des tumeurs fœtales dont la complexité est d'autant plus grande qu'elles répondent à une cellule nodale non dédoublée ou à ses premiers stades de dédoublement. Les tumeurs les plus *précoces* contiennent un grand nombre de tissus les plus divers. Celles qui sont plus *tardives* émanent de cellules nodales moins complexes et ne contiennent qu'un petit nombre de tissus, voisins les uns des autres.

Dans les premiers stades du développement, les blastomères prolifèrent non pas pour se *multiplier*, c'est-à-dire pour donner naissance à des éléments semblables entre eux et semblables à lui, mais pour *se dédoubler*, c'est-à dire pour donner naissance à

des cellules filles, différentes entre elles et différentes aussi de leur cellule mère. Il existe ainsi une longue série de dédoublements, qui permettent de passer des cellules *totales* initiales aux cellules *terminales* simples des tissus de l'organisme adulte.

Le développement d'une de ces cellules fœtales égarées ou oubliées à un stade plus ou moins élevé va donner lieu à des tumeurs fœtales plus ou moins complexes : tumeurs fœtales de l'épiderme : kystes dermoïdes ; tumeur fœtale de l'entoderme : kystes mucoïdes; tumeurs fœtales complexes : tumeurs tridermiques, ou même simplement kystes multiloculaires à la fois mucoïdes et dermoïdes.

Tout récemment, en Allemagne, après bien des tâtonnements (théorie des embryomes de Wilms, théorie de la fécondation des globules polaires Marchand), on en est venu à l'idée des tératomes par inclusion blastomérique. Cette théorie de l'individualité du blastomère et de la possibilité de son évolution spontanée est basée sur des faits précis, observés par des naturalistes.

En secouant des œufs d'oursins dans de l'eau de mer, on arrive à détacher des blastomères. Suivant la période où en est la segmentation, le blastomère est plus ou moins important : au quart, au huitième, au seizième de l'œuf. Chacun de ses blastomères peut évoluer pour son propre compte et donner un individu complet dont la taille égale le quart, le huitième, le seizième de l'individu normal. Au cours du développement de l'embryon, ces blastomères peuvent subir une inclusion qui gêne plus ou moins leur évolution sans l'annihiler. Cette théorie basée sur un fait anatomique est très voisine de la théorie de la cellule nodale de M. Bard. La découverte de cette propriété qu'a un blastomère de reproduire un individu en petit, s'adapte à merveille avec la théorie de M. Bard. Il faut admettre seulement que la cellule nodale fait suite au blastomère ; la cellule nodale ne comprenant que des tissus de même parenté. Et alors on peut expliquer les tumeurs bidermique, unidermique, que les partisans de l'inclusion blastomérique ont peine à expliquer.

Reste à expliquer ce que M. Bard appelle : « les tumeurs des

tumeurs », autrement dit : les *dégénérescences vraies* de ces tumeurs.

Si le développement d'un épithélioma ectodermique à globes cornés dans un kyste dermoïde est une rareté, on voit fréquemment survenir la dégénérescence d'un kyste mucoïde; et cette transformation épithéliomateuse d'un kyste mucoïde de l'ovaire, banale, quotidienne est l'analogue dans la conception de M. Bard de la dégénérescence cancroïdale d'un kyste dermoïde. Nous reviendrons sur ces faits dans un prochain travail.

Myomes de l'utérus.

36. **Myomes rouges encapsulés**, s'accompagnant de douleurs vives, de fièvre et d'hémorragie. (*Soc. des Sc. méd.*, 10 mai 1906.)

Présentation de pièces macroscopiques et de préparations histologiques provenant de deux malades dont les observations cliniques peuvent se résumer ainsi : *douleurs* vives dans le bas-ventre, *fièvre* légère, *hémorragies* profuses, le tout survenant brusquement chez une malade porteuse d'un fibrome, lequel a augmenté de volume assez rapidement. C'est un ensemble clinique qui rappelle de tous points celui de la torsion des kystes de l'ovaire.

Anatomiquement, c'est un *myome rouge enfermé sous une capsule épaisse.*

Histologiquement, il s'agit de myomes avec cellules jeunes autour de points plus vasculaires, avec hyperplasie des fibres lisses. Il est malheureusement impossible de faire à cette phase-là le diagnostic au microscope entre de l'hyperplasie liée à de la congestion inflammatoire simple ou une hyperplasie néoplasique vraie, c'est-à-dire correspondant à une poussée, à *une phase d'évolution rapide dans la croissance de la tumeur.*

Depuis nous avons pu observer de nouveaux cas qui nous ont confirmé dans notre idée de vouloir individualiser cette catégorie de myomes douloureux.

37. **Myomes diffus**, non énucléables, métrite myomateuse. (*Soc. des Sc. méd.*, 24 mai 1905.)

Deux observations de cette forme anatomo-pathologique de myomes, qui appartiennent à la catégorie des fibromes douloureux, distincts des adéno-myomes, et pour lesquels nous réclamons l'étiquette de métrite myomateuse.

38. **Myomectomie abdominale.** (*Soc. des Sc. méd.*, 27 mai 1903.)

Grossesse à terme deux ans après.

39. **Myomectomie abdominale.** (22 mars 1906.)

J'insistai sur la distinction à faire entre les *polypectomies* pour fibromes sous-péritonéaux et les *énucléations* pour myomes interstitiels.

40. **Fibromyome avec dégénérescence néoplasique de la muqueuse du corps utérin.** — Examen histologique. (*Soc. des Sc. méd.*, 23 novembre 1904.)

41. **Myome utérin.** — Gangrène, hystérectomie à pédicule externe après fermeture complète de la paroi abdominale et extirpation précoce du moignon. Parotidite suppurée. Guérison. (*Soc. des Sc. méd.*, 23 novembre 1904.)

Il s'agit d'une intervention d'urgence que je fis chez une malade profondément infectée. Nous arrivâmes à sauver notre malade grâce aux deux modifications de technique sus-mentionnées et toutes les deux empruntées à la pratique de notre maître.

L'une (hystérectomie à pédicule externe après fermeture complète de la paroi abdominale) met à l'abri de l'infection péritonéale; l'autre (ablation précoce du moignon suivie de drainage trans-cervical) évite les suppurations prolongées qu'entraîne l'élimination progressive de l'escharre.

Actuellement, notre maître pratique dans ces cas l'hystérectomie totale avec extirpation du dôme vaginal en vase clos. Dans

certains cas, où il faut aller vite, le procédé à pédicule externe ainsi compris trouvera ses indications dans les fibromes gangrenés.

42. **Fibrome de 13 livres** chez une cardiaque en asystolie. Hystérectomie. Guérison. Amélioration de l'état du cœur.

Cette intervention fut faite par mon maître, M. le professeur Aug. Pollosson, chez une malade qui paraissait dans un état désespéré. Les pulsations étaient rapides, irrégulières, incomptables, le cœur arythmique en pleine asystolie.

L'amélioration itérative du cœur montre bien l'influence des grosses tumeurs abdominales sur le muscle cardiaque.

43. **Fibrome utérin sous-péritonéal**, en voie de sphacèle. Nécrobiose aseptique par torsion du pédicule. (*Soc. des Sc. méd.*, 3 mai 1906).

44. **Fibromyome de 10 livres** opéré d'urgence chez une malade très anémiée et présentant de la fièvre. Hystérectomie totale.

Malade de 56 ans que j'opérai d'urgence, alors qu'elle était dans un état très grave. La fièvre (39°5) depuis deux jours, était due à la putréfaction de caillots retenus dans une cavité utérine très agrandie.

A la fin de l'intervention, je versai un demi-litre de sérum artificiel tiédi et stérilisé dans le péritoine pour parer à la faiblesse cardiaque.

45. **Le myome malin de l'utérus.** (*In* thèse de Villard.)

Observations de myomes utérins *récidivants* et de myomes utérins *généralisés au foie* (avec examen histologique). Travail à reprendre ; en préparation. (V. fig. XII et XIII.)

MYOME RÉCIDIVÉ

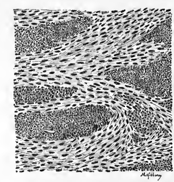


Fig. XII. — Fragment solide.

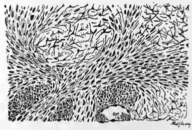


Fig. XIII. — Fragment à points myxoïdes.

Le déciduome malin.

46. **Le déciduome malin.** En collaboration avec M. Trillat. Mémoire couronné par la Société des Sciences médicales, prix Bouchacourt. (*L'Obstétrique*, 1906.)

Etude critique faite après un voyage en Allemagne, après des examens de pièces macroscopiques et microscopiques dont j'ai écrit la partie : anatomie-pathologique et pathogénie.

Dans ce travail, nous montrons que le diagnostic histologique de la malignité de ces productions chorio-épithéliales est très difficile, qu'il convient de revenir en arrière, de recueillir des faits cliniques et anatomo-pathologiques, et grâce à cette comparaison constante de refaire l'étude des rétentions placentaires ; cette orientation, nous la relevons d'ailleurs dans la thèse d'Estéoule (Paris 1905), sortie du service de M. le professeur Pozzi et dans la thèse de Briquet (Nancy 1904). En Allemagne, on a obéi à une espèce de suggestion qui a fait enlever beaucoup d'utérus dans lesquels il y avait uniquement des rétentions placentaires anodines, et conduit à décrire des guérisons spontanées de chorio-épithéliome.

Thérapeutique gynécologique.

47. **Quatre cas d'hystérectomie sub. totale pour pyo-salpinx.** Hystérectomie par décollation latérale. Procédé de Faure modifié. Pas de drainage; guérison sans incidents. (*Soc. des Sc. méd.*, 8 novembre 1905.)

48. **De la limitation de l'emploi du drainage dans les laparatomies du domaine gynécologique.** (*Lyon Méd.*, février 1906.)

49. **Un des inconvénients du drainage du péritoine.** — L'infection secondaire. (*Prov. Méd.*, mai 1906.)

30. **Thèse d'Igonet.** (Lyon, juillet 1906).

31. **Le drainage dans les laparatomies du domaine gynécologique.** (*Ann. de Gynéc.*, septembre et octobre 1906.)

Ce travail peut se résumer ainsi : le drainage à la Miekulicz qui trouvait surtout son emploi comme agent de *cloisonnement* isolateur, a rendu des services considérables à une phase de chirurgie abdominale antiseptique et de moindre asepsie ; avec une asepsie rigoureuse, avec les perfectionnements des techniques modernes, on peut, de plus en plus, se passer de drainage intra-péritonéal. A la phase actuelle, le drainage n'offre plus les avantages qu'il offrait et il a conservé tous ses inconvénients.

Les principaux inconvénients du drainage à la gaze sont :

La rétention derrière le tamponnement ;

Les éventrations qui surviennent dans 50 °/₀ des cas ;

L'infection secondaire de la cavité de drainage et parfois même l'extension de cette infection au péritoine libre lorsque les adhérences cloisonnantes sont insuffisantes, ce qui se voit dans tous les cas de péritoine à plasticité diminuée (Tumeurs ovariennes ; malades cachectiques, ascite).

Le retard apporté aussi à la convalescence, la persistance de fistules au niveau du trajet, des fistules stercorales, des hémorragies secondaires, des occlusions post opératoires, des adhérences douloureuses, tel est le reste du bilan du drainage à la Miekulicz.

Le drainage tubulaire, ayant beaucoup moins de prétentions, a un peu moins d'inconvénients ; ses avantages sont très contestables ; comparativement à l'absence de tout drainage, ils sont insoutenables.

De l'étude de 242 laparatomies, toutes tirées de la pratique de notre maître, faites en l'espace de dix mois consécutifs à la clinique gynécologique, nous avons essayé d'établir les indications et contre-indications actuelles du drainage du péritoine.

Après un exposé rapide :

I. — Des propriétés du péritoine et de ses moyens de défense ;

II. — Des matériaux de drainage, de leurs propriétés et de leur utilisation générale ;

III. — Des perfectionnements des techniques modernes permettant de limiter l'emploi du drainage ; nous avons étudié tout spécialement :

1° Les avantages et les inconvénients du drainage ;

2° Les indications actuelles.

Prenant le mot drainage du péritoine dans son sens le plus large, en l'opposant à la réunion par première intention et à la fermeture complète de l'abdomen après péritonisation, nous avons groupé les indications qu'on pouvait envisager de la façon suivante :

On peut hésiter à refermer un ventre quand on y laisse quelque chose qui peut être :

1° Le point de départ d'une hémorragie ;

2° Une cause possible d'infection.

La crainte d'infection peut provenir :

a) De liquides dont l'infectiosité nulle de par leur propre nature est douteuse de par le fait qu'ils sont épanchés depuis longtemps au contact des intestins et dont l'abondance rend leur ablation complète impossible (hématocèle ancienne ; liquides de kystes ou d'ascite) ;

b) Du pus ou des matières infectieuses qui se sont déversées sur le champ opératoire ou dans le pelvis au cours de l'intervention ;

c) Des surfaces dépéritonisées ou infectieuses qui sont restées dans le ventre ;

d) Des blessures de la vessie ou de l'intestin qui peuvent secondairement laisser filtrer leur contenu.

Nous avons étudié les indications du drainage dans ces cinq groupes de faits. Il est impossible de les résumer ici en quelques formules.

Les conclusions de chaque chapitre ne peuvent être détachées des déductions qui les accompagnent et des observations avec graphiques thermiques qui les suivent.

52. **De l'hystérectomie vaginale** dans le traitement des collections anté-utérines. (*Ann. de Gynéc.*, avril 1907.)

Le siège anté-utérin des collections pelviennes est rare. A une phase aiguë, lorsque l'intervention s'impose, ces collections échappent à la colpotomie postérieure; la colpotomie antérieure ou l'incision simple par l'abdomen seraient insuffisantes faites isolément; dangereuses pour la vessie, terminées par un drainage abdomino-vaginal.

La castration totale abdominale étant plus dangereuse à une phase aiguë, mieux vaut, à notre avis, avoir recours à l'hystérectomie vaginale. Cette intervention nous a donné un beau succès dans l'observation rapportée.

53. **Prolapsus total de l'utérus.** — Hystéropéxie après amputation du fond utérin. Froncement orthopédique du cul-de-sac postérieur. (*Journal d'Obstétr., de Gynéc. et de Pédrat. pratiques*, 1905).

Il s'agissait d'une femme de 65 ans. Il fallait lui faire une intervention simple et rapide.

Frappé d'autre part du relâchement de la distension considérable du cul-de-sac postérieur et de la poche du douglas, il me sembla que cette poche flaccide ferait encore au-dessous de l'utérus fixé, une amorce herniaire. Le prolapsus total, commandait l'hystéropéxie après une amputation du corps utérin aussi étendue que l'indiquerait la traction de l'utérus après laparotomie. Le relâchement du douglas, l'élytrocelle postérieure, réclamait une intervention adéquate (froncement ou résection).

La malade a été revue. Le résultat a été excellent.

IV

REINS, VOIES URINAIRES

CHEZ LA FEMME

54. **Néphrite interstitielle et métrorrhagies.** (*Lyon Méd.*, 1904.)

Trois observations de métrorrhagies persistantes chez des femmes ayant dépassé la quarantaine, présentant des signes évidents d'hypertension artérielle avec albuminuerie légère dans des urines prélevées à la sonde. Considérations au sujet du traitement.

55. **Les rétentions rénales** d'origine annexielle et paramétritique. (*Ann. de Gynéc.*, sous presse).

Trois observations de compression uretérale ou bilatérale avec développement d'une grosse poche purulente au niveau du bassinet. Ce sont des malades qui meurent comme des prostatiques par infection ascendante de l'arbre urinaire.

Dans l'une de ces observations, cette rétention pyélique a été vérifiée à l'aide du cathétérisme uretéral, bilatéral.

56. **Ligature intentionnelle de l'uretère** au cours d'une hystérectomie pour cancer de l'utérus. Etat du rein cinq mois et demi après. (*Soc. des Sc. Méd.* de Lyon, 1906, et *in* Th. de Chartot, Lyon 1906.)

Au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer très étendu (profess. Aug. Pollosson), l'uretère gauche ayant été sectionné, le bout central fut lié après s'être assuré de l'existence du rein droit. La malade mourut cinq mois et demi après d'une récidive pelvienne du côté opposé à l'uretère lié. A l'autopsie, je

pus prélever les deux reins et en faire l'examen macroscopique et microscopique détaillé.

Cette observation présentait deux points intéressants :

1° Une question de technique, en considérant la ligature définitive de l'uretère comme une façon de se tirer d'affaire au cours d'une résection étendue de l'uretère, bien préférable à une néphrectomie immédiate ;

2° Une question de physiologie pathologique :

Que devient le rein dont on a ainsi lié le canal excréteur ? Expérimentalement, Cl. Bernard avait démontré que la ligature des canaux excréteurs d'une glande en amenait l'atrophie (pancréas, glandes salivaires). L'expérience sur l'uretère et le rein date de Heidenhain, de Strauss et Germont. Depuis, M. Tuffier, Albarran, Gayet et Cavaillon, Castaigne et Rathery ont repris la question ; tous ont démontré qu'à la suite de la ligature le rein s'atrophie. Cette atrophie est-elle ou non précédée d'une phase de rétention rénale, d'hydronéphrose ?

Sur ce point, les auteurs ne sont pas d'accord. Dans notre observation il n'y avait point de rétention rénale à l'autopsie, et pendant les cinq mois que le malade a survécu, on n'a pu constater cliniquement de distension rénale. Macroscopiquement, le rein n'était pas sensiblement diminué de volume ; il existait apparemment de la périnéphrite et de la sclérose rénale. A l'examen histologique, lésions d'inflammation chronique interstitielle, lésions épithéliales surtout marquées au niveau des tubes contournés, sans dilatation des tubes droits.

Il eût été aussi très intéressant de savoir ce qu'était devenu le second rein, s'il avait subi une simple hypertrophie de compensation ou si, comme le pense M. le professeur Tripier, il subit parallèlement de la sclérose conséoutive à un surcroit de travail, laissant de côté l'opinion de MM. Castaigne et Rathery qui veulent que le rein sain soit bientôt lésé par les néphrotoxines que fabrique le rein exclu.

Malheureusement, ce deuxième rein était inutilisable à ce point de vue ; il était en distension considérable par compression de l'uretère pelvien par envahissement de la récisive néoplasique.

OBSERVATIONS DIVERSES

57. **Tumeur maligne de la trompe.** (*Soc. des Sc. méd.*, 2 mai 1904.)

J'ai présenté cette pièce et j'en ai fait l'examen histologique parce qu'il s'agissait d'un bel exemple d'une tumeur primitive de la trompe.

Macroscopiquement, il s'agissait d'une tumeur kystique, multiloculaire, de la forme et du volume d'un rein, formée par un ensemble de vésicules à contenu colloïde.

La trompe était saine du côté de la corne utérine, sur une longueur de 5 à 6 centimètres; le cathétérisme de cette posture de la trompe conduit directement dans la tumeur développée aux dépens de la portion ampullaire et de l'ostium complètement fermé. L'ovaire correspondant étant sain.

Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma à type cylindrique, impossible à différencier d'un épithélioma ovarien.

Cliniquement, on avait pu constater un écoulement par le vagin de liquide glaireux et rosé, tout à fait analogue à celui qu'on a trouvé dans la tumeur. C'était tout à fait « la vomique salpingienne ».

Depuis nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas analogues; l'un appartenant à la clinique, l'autre dû à M. Tixier, qui nous permettront de faire un travail d'ensemble sur la question.

58. **Kyste intra-ligamentaire tordu.** (*Soc. des Sc. méd.*, 31 mai 1905, en collaboration avec M. Jamin.)

Il s'agissait d'un petit kyste uniloculaire, indépendant de l'ovaire développé dans la portion mobile du ligament large,

c'est-à-dire dans l'aileron tubaire; d'où l'explication de cette opposition apparente, cette antinomie dans les mots : kyste intraligamentaire tordu.

59. **Atrésie cicatricielle du vagin.** (*Ann. de Gynéc.*, 1904.)

Abaissement et fixation du col utérin au-dessous de la zone cicatricielle libérée, de manière à permettre aux sécrétions utérines un libre écoulement.

60. **Atrésie cicatricielle du vagin.** Hystérectomie. (*Soc. des Sc. méd.*, 1905.)

Il s'agit de la même malade, chez laquelle la récidive de la cicatrice étant survenue M. le professeur Aug. Pollosson se décida pour une ablation de l'utérus.

Chez une femme de 47 ans, ayant eu plusieurs enfants, cette thérapeutique apparaissait comme le plus rationnelle en même temps que la plus efficace. Hystérectomie abdominale totale.

61. **Hydro-salpinx tordu.** (*Soc. des Sc. méd.*, 1904.)

Considérations sur la semeiologie et les causes prédisposantes de la torsion dans les salpingites.

TABLE DES MATIÈRES

3265 — Imp. Réunies, 8. rue Rachais, Lyon.